

中老年健康促進生活型態與自覺健康狀態 之關係

張彩秀* 黃乾全**

健康促進生活型態對健康影響甚鉅，若能在邁入老年期的前一階段即了解其概況，則有改善之切入點。基此，本研究之目的：(1)了解中老年人健康促進生活型態。(2)了解中老年人之自覺健康狀態。(3)探討影響中老年人健康促進生活型態之因素。(4)分析健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係。本研究採橫斷面研究設計，立意取樣年滿40歲以上居住台中縣市之中老年人，得可分析樣本679名。結果：(1)中老年健康促進生活型態最差的三項分別為：預防性的照護行為、運動與休閒、睡眠。(2)在自覺健康狀態方面：有14.9%主訴較同年齡層的人健康狀況差或非常差。94.6%主訴最近一個月有生理上的不適。(3)影響健康促進行為包括四因素：性別、社會經濟地位、每日活動度、與自我效能。(4)在「主觀健康感受」與「不適生理症狀」方面：控制其他變項後，健康促進行為與「主觀健康感受」「不適生理症狀」並無明顯相關。而在「自覺心理健康感受」方面則呈現明顯正相關。結論：健康促進生活型態與自覺心理健康的感受有關。而健康促進生活型態之影響因素中：性別、社會經濟地位、每日活動度可改變的程度較少，而自我效能可改變程度高，因此建議可經由增進中老年人健康促進生活型態之自我效能著手，如：示範、立即增強、簽訂契約。慢慢增加其實際行為，進而促進其對心理健康之感受。

關鍵字：自我效能、自覺健康狀態、健康促進生活型態

* 台灣師範大學衛生教育系博士班研究生私立弘光技術學院護理系講師

** 台灣師範大學衛生教育系教授

通訊作者：張彩秀

壹、前言

根據行政院衛生署(1993)於衛生白皮書中所提：對高齡保健十年推進計畫，在老人生活樂趣政策之推進方面包括：(1)設置『建設充滿活力長壽社會推進機構』。(2)推進建設老人生活樂趣與促進健康之示範工作。因此本研究目的在於了解中老年健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係。

有關健康促進的概念早在1971年即已發展，加拿大學者Lalonde(1974)提出決定疾病與死亡之發生主要與四大因素有關：不良的生活型態、環境污染、遺傳缺失與醫療照護體系之缺乏。因此生活型態之良好與否影響健康甚鉅，是一不可爭的事實。在健康相關的領域中，健康促進是一種整合多種學科的專業，用以協助改善人們生活型態邁向最適的健康狀況(optimal health)的一種科學與藝術(O'Donnel,1986)，而美國疾病管制與健康促進中心(CDC)則認為：『健康促進是結合衛生教育與相關的組織、政治、經濟介入，促使行為與環境改變，以增進或保護健康』。更具體的說，『健康促進是個人為了維持或促進健康水準，以及自我實現和自我滿足的一種多層面的自發性行為和認知』。Pender(1986)指出：健康促進行為是一種以自我實現為導向，引導個人維持或增進健康，以使個人積極主動地建立新的行為模式。在本研究中，健康促進生活型態著重個人行為之探討，至於大環境之影響則未能詳述。

所謂『生活型態』是指：人們生活的一種型態，是引導人們每天活動的行為。Harris, Guten(1980)將生活型態分為五大類：(1)健康習慣：如睡眠充足；(2)安全行為：如開車繫安全帶；(3)預防性照護行為：如定期健康檢查；(4)避免環境中的危害：如環境污染；(5)有害物質的使用：如菸酒的使用。Belloc, Breslow(1972)則認為下列七項行為可延長壽命：每天正常規律的吃三餐不吃零食、每天吃早餐、適度的運動(每週2-3次)、每天睡眠7-8小時、維持理想體重、不抽菸、不喝酒或儘量少飲酒。Walker, Sechrist, Pender(1987)將Pender(1987)所發展之量表加以修定成『健康促進生活量表(Health Promoting Lifestyle Profile; HPLP)』，內容包括六大因素：自我實現、健康責任、人際支持、運動、壓力處置、營養。在國內，則有陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣(1997)所修定過的健康促進生活方式量表，項目亦同只是將原有之HPLP100題修定成40題，一致性為0.92，是一適合我國成年人生活方式的評估工具。

國內老人健康行為如何？民國88年台灣地區65歲以上老年人十大死因之前五位

(惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病與意外事故)皆與生活方式有關(行政院主計處, 2000)。而依江永盛(1994)的調查發現:老年人之生活習慣普遍不良(1/3抽菸、1/5喝酒、2/5不運動或無法運動、1/3吃高鹽食品、1/4吃高膽固醇食品)。行政院衛生署(1999)對台灣地區中老年保健調查報告發現:50歲以上中老年人27.6%有抽菸,22.6%有喝酒,7.8%有吃檳榔,49.2%有做運動,92.6%有吃早餐。Levanthal & Prohaska(1986)的調查發現:老年人在有關疾病的瞭解與如何預防之健康行為活動執行比率比成年人高。而老年人較常做的的健康促進活動有規律性的定期體檢、避免鹽分的使用、吃均衡的食物、避免情緒壓力、維持心理上的靈感和活動。

依Pender等人(1987)所提之健康促進模式,健康促進行為之影響因素主要有三大項:(1)認知因素,包括:健康的重要性、自覺健康的特性、自覺性自我效能、健康的定義、自覺健康狀態、自覺健康促進行為之利益、自覺健康促進行為之障礙。(2)修正因素,包括:人口學特色、生物特性、人際間影響、情況因素、行為因素。(3)行動線索。而相關學者(Duffy, 1997; Ratner, Johnson, Jeffery, 1998; Gillis, 1993; Stuifbergen, 1994; 王秀紅、邱啓潤, 1992; 陳美燕, 1995; 王瑞霞、許秀月, 1997, 蕭冰如, 1998)之研究皆發現:健康促進行為之影響包括:年齡、婚姻狀態、性別、教育程度、自我效能、對健康的控制力、健康狀況、主觀健康感受,其中自我效能是影響健康促進生活型態最重要的因素。

Cox, Biaxter, Buckle, Femer, Golding, Core, Hupperrk, Nikson, Roth, Stark, Wadsworth, Whichelow(1987)明白指出:65歲以上老年人未來的工作,將是從事更多活動去維持或促進他們的健康。而流行病學資料也顯示:40歲以上死亡率成倍數增加。因此本研究主要是調查40歲以上中老年人之健康促進行為,並進一步探討其影響因素,以便促使中老年人養成良好的健康促進生活型態進而擁有良好健康狀況。歸納而言,本研究之目的為:(1)了解中老年人健康促進生活型態。(2)了解中老年人之自覺健康狀態。(3)探討影響中老年人健康促進生活型態之因素。(4)分析健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係。

貳、研究方法

一、研究對象

本研究採立意取樣,由台中縣某技術學院護理科三年級學生,經過二小時訪員訓

練，逐題說明後，由學生帶回家長填寫。收案條件為：每一學生收 40-64 歲男女生各一名，65 歲以上男女各一名，計每一名學生收集 4 份問卷。共發出 800 份，得可分析樣本 679 份，回收率為 84.9%。此 679 名可分析樣本是以自填方式來收集其健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係，若有疑問不清楚或不識字者則請經過受訓之訪員進行說明。

二、研究設計與測量

(一) 研究設計：本研究為了解中老年人之健康促進生活型態與自覺健康狀況的現況，故採用橫斷面調查研究，所得資料僅能提供統計相關，無法作為因果關係之推論。

(二) 測量：以自擬式問卷進行資料收集，內容包括：人口學基本資料、健康促進生活型態之自我效能、健康促進生活型態（飲食型態、運動與休閒、睡眠型態、預防性照護行為、有害物質之使用、壓力處理、人際支持、自我實現、環境安全）與自覺健康狀態。

1. 取 30 名年滿 40 歲以上之中老年人完成預測，目的在修定適合問卷，並做問卷之信度測量（Cronbach α ）結果如表一。

2. 效度則請七位專家就內容適切與否進行專家效度（包括三位衛生教育、一位公共衛生統計學、三位護理專家）。

(三) 問卷內容：

1. 基本人口學資料：包括性別（1 題）、年齡（1 題）、婚姻狀況（1 題）、社會經濟地位（2 題）。社會經濟地位等級是以黃昆輝（1978）社會經濟地位=教育*4+職業*7 為依據，並將總分分成五等級、疾病史（1 題）、活動度（1 題）。

2. 健康促進生活型態之自我效能：共 40 題：飲食型態（7 題）、適度的運動（4 題）、健康習慣（4 題）、預防性照護行為（3 題）、有害物質之使用（3 題）、壓力與處理（5 題）、人際支持（4 題）、自我實現（5 題）、環境安全（5 題）。在自我效能的答題上分數介於 0-4 分。答「無法完全做到」得 0 分；「少部分可做到」得 1 分；「部分可做到」得 2 分；「大部分可做到」得 3 分；「完全可做到」得 4 分。分數愈高代表自我效能愈好。

3. 健康促進生活型態：40 題，包括飲食型態（7 題）、適度的運動（4 題）、健康習慣（4 題）、預防性照護行為（3 題）、有害物質之使用（3 題）、壓力與處理（5 題）、人際支持（4 題）、自我實現（5 題）和環境安全（5 題）。分數介於 0-4 分。答「從來

沒有」得 0 分；「偶爾如此」得 1 分；「有時如此」得 2 分；「經常如此」得 3 分；「總是如此」得 4 分。分數愈高代表行為表現愈好。

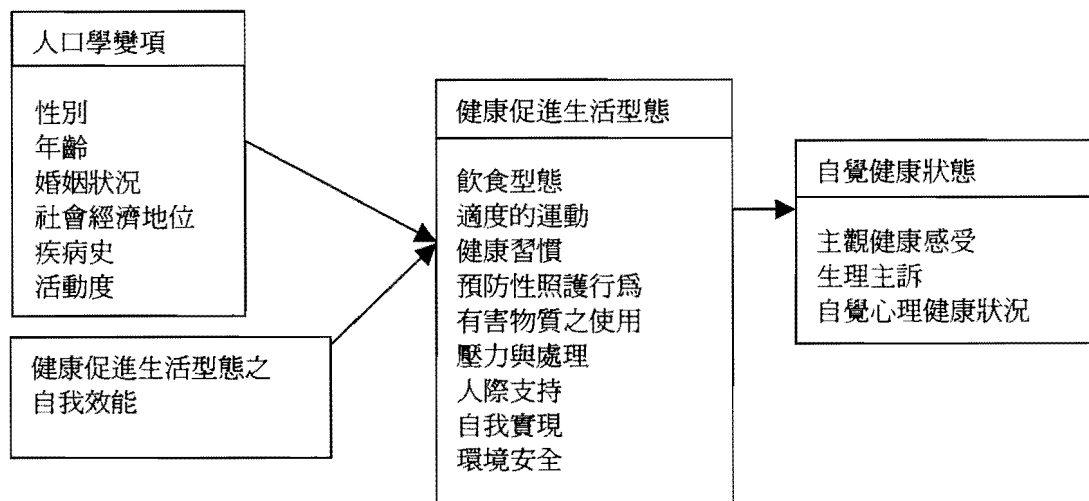
4. 自覺健康狀態：包括主觀健康感受（1 題）、生理主訴（1 題）、自覺心理健康狀況（12 題）。自覺心理健康狀況分數介於 1-4 分。答「從不如此」得 1 分；「偶爾如此」得 2 分；「時常如此」得 3 分；「一直如此」得 4 分。分數愈高代表行為健康狀況愈好。

表一 問卷信度

變 項	Cronbach α
一、心理健康（12 題）	0.868
二、健康促進生活型態（40 題）	0.831
飲食型態（7 題）	0.863
適度的運動（4 題）	0.863
健康習慣（4 題）	0.864
預防性照護行為（3 題）	0.864
有害物質之使用（3 題）	0.881
壓力與處理（5 題）	0.850
人際支持（4 題）	0.858
自我實現（5 題）	0.853
環境安全（5 題）	0.867
三、健康促進行為自我效能（40 題）	0.842
飲食型態（7 題）	0.873
適度的運動（4 題）	0.874
健康習慣（4 題）	0.880
預防性照護行為（3 題）	0.873
有害物質之使用（3 題）	0.892
壓力與處理（5 題）	0.862
人際支持（4 題）	0.870
自我實現（5 題）	0.867
環境安全（5 題）	0.877

三、研究架構

本研究參考了 Perder 的健康促進模式，引用了其認知因素中之自我效能與修正因素中之人口學變項，探討兩者與健康促進生活型態之關係。另外有文獻提及健康促進生活型態與自覺健康狀態有關。但基於「行為影響健康」的概念，故本研究是將健康促進生活型態當作自變項去探討與依變項自覺健康狀態之關係。研究架構如圖一。



圖一 研究架構

四、資料分析

描述性統計：了解中老年人健康促進生活型態：平均值,標準差。了解中老年人的健康狀態：人數,百分比,平均值,標準差。**分析性統計：**探討影響健康促進生活型態之因素：T 檢定,變異數分析,相關分析。探討影響健康狀態之因素：T 檢定,變異數分析,相關分析。分析健康促進生活與自覺健康狀態之關係：logistic regression, GLM (General Linear Regression)。

參、結果與討論

一、樣本基本人口學資料

本次共收得有效樣本 679 人。其中男生有 329 人 (占 48.5%)；40-64 歲的中年人有 364 人 (占 53.6%)；在婚姻方面：已婚且居住在一起的有 606 人 (占 89.2%)；在社會經濟地位方面：此次樣本多分布於中低社會經濟地位，V (低)有 303 人 (占 46.3%)、IV有 250 人 (占 38.2%)；在過去病史上 (經醫師診斷過，如：高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、胃及十二指腸潰瘍等) 有 502 人 (占 80.3%)；在每日活動度上多數為完全獨立，有 577 人 (占 85.5%)；在肥胖度上：過輕者有 104 人 (占 15.3%)、正常者有 393 人 (占 57.9%)、過重與肥胖者共 182 人 (占 26.8%)。結果如表二。

表二 樣本基本人口學資料 n=679

變 項	人 數	百分比 (%)
性別		
男	329	48.5
女	350	51.5
年齡		
中年	364	53.6
老年	315	46.4
婚姻狀況		
已婚	606	89.2
未婚、離婚、鰥寡、 同居、分居	73	10.8
社會經濟地位		
I (高)	0	0.0
II	20	3.1
III	81	12.4
IV	250	38.2
V (低)	303	46.3
經醫師診斷過的疾病		
有	502	80.3
無	123	19.7
每日活動度		
I (完全依賴)	5	0.7
II	14	2.1
III	38	5.6
IV	41	6.1
V (完全獨立)	577	85.5
肥胖度		
過輕	104	15.3
正常	393	57.9
過重	135	19.9
肥胖	47	6.9
總數	679	100.0

二、健康促進生活型態之自我效能

由得分平均值除以該題目之題數，按其得分，來排定健康促進生活型態自我效能之優良順序，結果發現：中老年健康促進生活型態之自我效能最好的前三項為：居住環境安全之維護、避免有害物質之使用、及人際支持。最差的前三名為：預防性照護

行爲、運動與休閒、與睡眠型態，其發生頻率多落在「偶爾如此」與「有時如此」之間。結果如表三。

所謂「自我效能」是指一個人要完成任務其自己評估認為可達成的能力，即對自我能力之評估。我們可透過適當的方法來提昇其自我效能，方法如：運動休閒動作或行爲之示範；若有良好行爲出現（如：有參加健康檢查、有去做運動、睡眠良好）則給予立即的增強，如：鼓勵或集點換實質物品，以此累積成功的經驗。另外，簽訂暫時性的契約也可提升自我效能。

表三 健康促進生活型態自我效能 n=679

變 項	總分平均值 ± 標準差	平均值 ± 標準差	優良順序
健康促進生活型態自我效能 (36-160分)	112.18±23.00	2.77±0.59	
飲食型態(2-28分)	20.07±4.93	2.87±0.70	4
運動與休閒(0-16分)	8.60±4.06	2.15±0.01	8
睡眠型態(0-16分)	10.74±3.72	2.68±0.93	7
預防性照護行爲(0-12分)	5.94±3.41	1.98±1.14	9
有害物質的使用(0-12分)	9.87±3.27	3.29±1.09	2
壓力處理(0-20分)	13.77±4.13	2.75±0.83	5
人際支持(0-16分)	11.64±3.38	2.91±0.84	3
自我實現(1-20分)	13.68±4.14	2.74±0.83	6
居住環境安全(2-20分)	17.68±3.32	3.54±0.66	1

說明：分數愈高表健康促進生活型態自我效能愈好

三、中老年健康促進生活型態

由得分平均值除以該題目之題數，按其得分高低來排優良順序，結果發現：中老年健康促進生活型態最差的前三名為：預防性照護行爲、運動與休閒、睡眠型態。結果如表四。此結果與 Levanthal & Prohaska (1986) 的調查結果，老年人在預防之健康行爲活動執行比率比成年人高。而老年人較常做的的健康促進活動有：規律性的定期體檢、避免鹽分的使用、吃均衡的食物、避免情緒壓力、維持心理上的靈感和活動；與 Cox 等人 (1987)，65 歲以上老年人未來的工作，將是從事更多活動去維持或促進他們的健康的結果不同。當針對細項去做進一步分析，發現：在預防性照護行爲中之「每個月至少會有一次觀察自己的身體有無異狀」、「會和合格的醫護專業人員討論健康方面的問題」、「定期做健康檢查」方面得分皆在 2 分左右，顯示其僅達到『有時如此做』，討論其可能原因是本研究樣本多分布在中低社會經濟地位，依 Power (1994) 的研究發

現：在低社會經濟地位較易產生有害健康的行為，如：吸菸、喝酒、不當的飲食與活動。Cockerham (2000) 在「Handbook of Medical Sociology」中提及：社會經濟地位與生活型態有明顯關係，社會經濟地位提供一結構界線 (structural boundary) 來執行自己的生活。中高階層會去選擇較為健康的生活方式。曾敏傑 (民 88) 在其社會階層對健康的影響之研究中提出：社會階層係透過「文化差異」與「資源差異」而對健康的產出不平等，即社會階層低者其態度與行為較為消極。而 Sweeting & West (1995) 建議也應改考慮低社會經濟地位之態度、價值觀、與增加其對有害行為之了解。

表四 健康促進生活型態 n=679

變 項	總分平均值±標準差	平均值±標準差	優良順序
健康促進生活型態 (44-160 分)	108.91±22.81	2.69±0.58	
飲食型態 (5-28 分)	19.28±4.94	2.75±0.71	4
運動與休閒 (0-16 分)	8.07±4.16	2.01±1.04	8
睡眠型態 (0-16 分)	10.32±3.82	2.58±0.96	7
預防性照護行為 (0-12 分)	5.78±3.34	1.86±1.11	9
有害物質的使用 (0-12 分)	9.31±3.82	3.10±1.27	2
壓力處理 (0-20)	13.35±4.23	2.67±0.85	5
人際支持 (0-16 分)	11.42±3.48	2.86±0.87	3
自我實現 (0-20 分)	13.30±4.42	2.66±0.88	6
居住環境安全 (0-20 分)	17.52±3.50	3.50±0.70	1

說明：分數愈高表健康促進生活型態愈好

四、自覺健康狀態

在自覺健康狀態方面主要是探討「主觀健康感受：與同年齡之健康狀況比較」、「生理不適之症狀」、與「自覺心理健康狀況」。結果如表五。與同年齡之健康狀況比較發現：有 258 人 (占 38.4%) 自覺好或非常好、314 人 (占 46.7%) 自覺差不多、100 人 (占 14.9%) 自覺差或非常差。另外有 596 人 (占 94.6%) 主訴最近一個月有生理上的不適。而在自覺心理健康方面：總分 0-48 分，其平均分數為 36.90。以上主觀健康感受之結果與行政院衛生署的調查 (1999)，自覺健康情形與同年齡的人比較較好者佔 23.5%，差不多者佔 53.5%，較差者佔 23.0%，稍有不同，自覺健康好或較好之比率稍高於衛生署之調查，可能原因為衛生署之調查樣本為 50 歲，而本研究之樣本為 40 歲，故對健康的感受不同。

表五 自覺健康狀態 (n=672)

變 項	人 數 (%)
主觀健康感受	
非常好	47 (7.0)
好	211 (31.4)
差不多	314 (46.7)
差	92 (13.7)
非常差	8 (1.2)
生理不適症狀 a	
有	596 (94.6)
無	34 (5.4)
自覺心理健康狀況 (16-48分)	(平均值±標準差) (36.90±5.60)

說明：a 在生理不適症狀上有誤失資料 42 人

五、健康促進生活型態之影響因素

將人口學變項與自我效能對健康促進行為進行檢定分析，結果如表六。影響健康促進行為之因素包括：性別、社會經濟地位、每日活動度、與自我效能。性別方面：女性之健康促進生活型態較男性好。社會經濟地位方面：高社會經濟地位較低社會經濟地位者之健康促進生活型態佳。在每日活動度方面：愈傾向可以完全獨立生活者其健康促進生活型態愈好。而在自我效能與健康促進生活型態呈正相關，相關係數 (r) 為 0.88096，可解釋其總變異量 (R²) 為：0.7132。此結果與 Stuijbergen (1994)，對失能者所做之影響健康促進生活型態的研究中發現：自我效能是影響健康促進生活型態最重要的因素。王秀紅、邱啓潤 (1992)、陳美燕 (1995)，自覺健康狀態愈好者，其各項健康促進行為愈好；蕭冰如 (1998) 影響健康促進方式有：自我效能、自覺健康狀態之結果相似。

表六 健康促進生活型態之影響因素 n=679

因素	平均值±標準差	P 檢定	Scheffe's 事後比較
性別		P=0.0270	
男	106.76±22.94		
女	110.81±22.49		
年齡		N.S.	
中年	109.43±23.41		
老年	108.33±22.16		
婚姻狀況		N.S.	
已婚	108.84±22.69		
未婚、離婚、鰥寡、同居、分居	109.98±24.09		
社會經濟地位		P=0.0053	(2) > (5)
(1) I (高)			
(2) II	120.45±21.16		
(3) III	112.96±24.66		
(4) IV	110.20±22.98		
(5) V (低)	106.17±21.96		
經醫師診斷過的疾病		N.S.	
有	109.20±22.48		
無	108.86±24.70		
每日活動度		P=0.0031	(5) > (1)
(1) I (低)	78.00±14.37		
(2) II	98.25±22.00		
(3) III	104.42±24.18		
(4) IV	106.06±23.90		
(5) V (高)	110.06±22.46		
肥胖度		N.S.	
過輕	106.26±21.44		
正常	110.23±23.00		
過重	108.99±21.99		
肥胖	105.00±26.28		
自我效能 (相關係數)	r=0.88096	P=0.0001	

六、健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係

健康促進生活型態與自覺健康狀態中的「主觀健康感受」及「自覺心理健康狀況」兩變項有關。結果如表七。即當個案自覺健康狀態較同年齡好時，愈會從事健康促進行為。而自覺心理健康狀況與健康促進生活型態呈正相關，即當自覺心理愈健康時，愈會從事健康促進行為。考慮健康促進生活型態與自覺健康狀態可能受到人口學與自我效能之干擾而進行控制分析，結果如表八。在「主觀健康感受」與「不適生理症狀」方面：控制其他變項後，健康促進行為與「主觀健康感受」「不適生理症狀感受」並無

明顯相關。而在「自覺心理健康感受」方面則呈現明顯相關。另外由表八也可看出「性別」、「年齡」、「疾病史」、「活動度」、「自我效能」、「健康促進行為」與自覺心理健康感受有關，可解釋總變異量的 39.56%。在過去的相關研究中 (Duffy, 1997; Ratner, 1998; Gillis, 1993; Stuifbergen, 1994; 王秀紅、邱啓潤, 1992; 陳美燕, 1995; 王瑞霞、許秀月, 1997, 蕭冰如, 1998) 都指出：健康促進生活型態與主觀健康感受有關，值得一提的是：在這些研究中都是將自覺健康狀態當作是自變項去探討與依變項健康促進生活型態之關係，而在本研究則是將健康促進生活型態當作自變項去看依變項自覺健康狀態。此二類分析方式並不衝突，因為屬於橫斷面的調查無法提供因果關係之依據，只能提供兩者之相關性。因此，不管何者為自變項，何者為依變項，結果是相同的。

表七 健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係 (n=672)

自覺健康狀態	健康促進生活型態 平均值±標準差	Scheffe's 事後比較 檢定
主觀健康感受		$P=0.0001$ (1) > (2) > (3)
(1) 非常好、好	113.78±23.27	
(2) 差不多	108.00±22.74	
(3) 差、非常差	100.09±22.19	N.S.
生理不適症狀 a		
有	108.56±22.72	
無	114.35±27.70	$P=0.0001$
自覺心理健康狀況 (相關係數)	$r=0.46845$	

說明：a 在生理不適症狀上有誤失資料 42 人

表八 健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係

變項	自覺健康狀態	主觀健康感受 b (n=672)	不適生理症狀 ^b (n=630)	自覺心理健康狀況 ^a (n=679)
人口學變項				
性別			$P=0.0376$	$P=0.0001$
年齡		$P=0.0001$		$P=0.0004$
婚姻		$P=0.0412$		
疾病史				$P=0.0194$
活動度				$P=0.0001$
自我效能				$P=0.0002$
健康促進生活型態				$P=0.0005$
解釋總變異量				$R^2=39.56\%$

說明：^a以 GLM 進行分析

^b: Logistic Regression 進行分析

五、結 論

- (1) 中老年健康促進生活型態最好的前三項為分別為：居住環境安全的維護、避免有害物質的使用與人際支持；最差的三項為：預防性的照護行為、運動與休閒、睡眠。
- (2) 在自覺健康狀態方面：有 14.9%主訴較同年齡層的人健康狀況差或非常差。94.6%主訴最近一個月有生理上的不適。
- (3) 影響健康促進行為包括四因素：性別、社會經濟地位、每日活動度、與自我效能。即：女性、高社會經濟地位者、每日活動愈獨立者與自我效能愈高者其健康促進行為愈好。
- (4) 在「主觀健康感受」與「不適生理症狀」方面：控制其他變項後，健康促進行為與「主觀健康感受」「不適生理症狀」並無明顯相關。而在「自覺心理健康感受」方面則呈現明顯相關。

六、建 議

可分為結果與方法兩方面。

- (1) 針對結果方面：由結果得知，中老年健康促進生活型態表現最差者為預防性照護行為，此點正好符合醫療市場之特性：**provider dominance, consumer ignorance**，於此，我們衛生專業人員將可充分發揮所長，由政策面或個人行為面多宣導中老年人關心自己的健康，如：參加衛生署所辦理之成人健檢或宣導自我檢查之重要性。另外，由研究結果也知道健康促進生活型態與自覺心理健康狀況有正相關，故應多鼓勵中老年人多從事健康促進生活型態，以促進心理健康狀況，進而提昇生活品質。
- (2) 針對方法方面：本研究基於實際可行與方便性考量，採立意取樣，故在外推性上較差，也因為是採橫斷面研究法，故無法作為因果關係的推論，建議往後的研究可以設計以類實驗介入的方式，集中一焦點活動（**narrow focus**），去探討健康促進生活型態之影響。

七、研究限制

- (1) 立意取樣，外推性較差。
- (2) 橫斷面研究，無法作為因果關係之推論。

- (3) 在本研究中社會經濟狀況最主要是測量中老年人之教育程度與職業類別，而此一人口群在三、四十年前教育不普及的社會中，一般民眾之教育程度都是較低的；另外目前的中老年人（尤其老年人）很多是無業，所以在職業分類上會較低，因此，若由教育程度與職業類別來共同決定社會經濟地位則所得結果將會多傾向低社會經濟地位。但若中老年人之子女為高社會經濟地位，則中老年人之生活型態可能也會受到影響。但本研究未能測量其子女之社會經濟地位，實為一限制所在。建議：日後之研究除了考慮子女的社會經濟地位外，也可將教育與職業類別分開看單一指標對健康促進生活型態之關係。

誌 謝

本研究感謝弘學會予以經費補助，計畫名稱為 HKC-89-B-003。另感謝專家效度所有參與老師（黃雅文、姜逸群、郭憲文、林麗鳳、蕭雅竹、吳麗玉、劉千琪），最後感謝麗娜、寶慧與文君協助資料之鍵入，才得以使此研究完成，一併感謝。

參考文獻

一、中文部分

- 王秀紅、邱啓潤（1992）。婦女健康促進行為及其相關因素的探討，公共衛生，19（3），251-265。
- 王瑞霞、許秀月（1997）。社區老年人健康促進行為及其相關因素的探討-以高雄市三民區老人為例，護理研究，5（4），321-330。
- 行政院主計處（2000）。老年人口主要指標分析，政府統計資訊窗口-內政部專題分析，摘自 <http://www.moi.gov.tw/w3/stat/>。
- 行政院衛生署（1993）。衛生白皮書。
- 行政院衛生署家庭計畫研究所（1999）。民國八十五年台灣地區中老年保健與生涯規畫調查報告，160。
- 江永盛（1994）。社區健康促進、健康維護、預防保健及長期照護服務措施，社區發展季刊，67，310-315。
- 陳美燕（1995）。桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進生活方式之初步探討，護理研究，3（1），6-15。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京（1997）。健康促進的生活方式量表中文版之修定與測試，長庚護理，8（1），15-24。
- 蕭冰如（1998）。社區老人健康促進衛生教育介入之探討，長庚大學碩士論文。

二、外文部分

Belloc, B. C., & Breslow, L. (1972). Relationships of physical health status exploratory study. Journal of Health and Social Behavior, 20 (1), 17-29.

Cockerham, W.C. (2000). The sociology of health behavior and health lifestyles. Handbook of Medical Sociology. Prentice-Hall.

Cox, B.D. Biaxter, M., Buckle, A. L. J., Femer, N. P., Golding, I. F., Core, M., Hupperrk, F.A., Nikson, J., Roth, M., Stark, I., Wadsworth, M.E. J., & Whichelow, M. (1987). The health & lifestyle survey. Health Promotion Research Trust, London.

Duffy, M. (1997). Determinants of reported health promotion behaviors in employed Mexican American women. Health Care for Women International, 18 (2), 149-163.

Gillis, A.J. (1993). Determinants of a health promoting lifestyle: an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18 (3), 345-353.

Harris, D.M. & Guten, S. (1980). Health protective behavior: an exploratory study. Journal of Health and Social Behavior, 20 (1), 17-29.

Lalonde, H.M. (1974). A new prospective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada.

Levanthal, E. A., & Prohaska, T.R. (1986). Age, symptom interpretation and health behavior. Journal of American Geriatric Society, 34 (1), 185-191.

O'Donnell, M. P. (1986). Definition of health promotion. American Journal of Health Promotion, 1 (1), 4-5.

Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. Nursing Clinics of North America, 26 (4), 815-828.

Pender, N. J., Pender, A. R. (1986). Attitude, subjective norms to engage in health behavior. Nursing Research, 35, 15-18.

Power, C. (1994). Health and social inequality in Europe. British Medical Journal, 308, 1153-1156.

Ratner, P. A., Johnson, J. L., & Jeffery, B. (1998). Examining emotional, physical, social, spiritual health as determinants of self-rated health status. American Journal of Health Promotion, 12 (4), 275-82.

Sweeting, H., West, P. (1995). Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate. Social Sciences in Health, 1 (4), 221-235.

United Nations (1991). World Population Prospects, 1990. Population Studies, New York.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2), 77-81.

90/07/01 投稿

90/10/03 修正

90/12/16 接受

The relationship between health promotion lifestyle and perceived health status among adults

Tsai-Hsiu Chang, Chyan-Chyuan Huang

Health promotion lifestyle is an important factor to our health. If we can understand what the adults' lifestyle, and we can promote them more healthy. **Objectives** : the purposes of this study is to understand what's health promoting lifestyle and perceived health status among adults, to investigate the factors affected health promoting lifestyle, and to analyze the relationship between health promotion lifestyle and perceived health status among adults. **Methods** : A total of 679 adults in Taichung completed a self-administered questionnaire. **Results** : The worst three of their health promoting lifestyle are preventive behavior, exercise, and sleep habit. There are 14.9% complain their health are worse than the same aged people, 94.6%complain their physical sign and symptom. There are four factors (sex, socioeconomic status, activity of daily life, and self-efficacy) affected health promoting lifestyle, and health promoting lifestyle is positive correlation with mental health. **Conclusion** : If we want to change their health promoting lifestyle, we can promote their self-efficacy, like modeling, reinforcing , committment and finally to promote their mental health.

Key words : health promoting lifestyle , perceived health status, self-efficacy